

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1894, à 1 heure

Par ALBERT NARBONI

Né à Alger, le 30 avril 1865

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

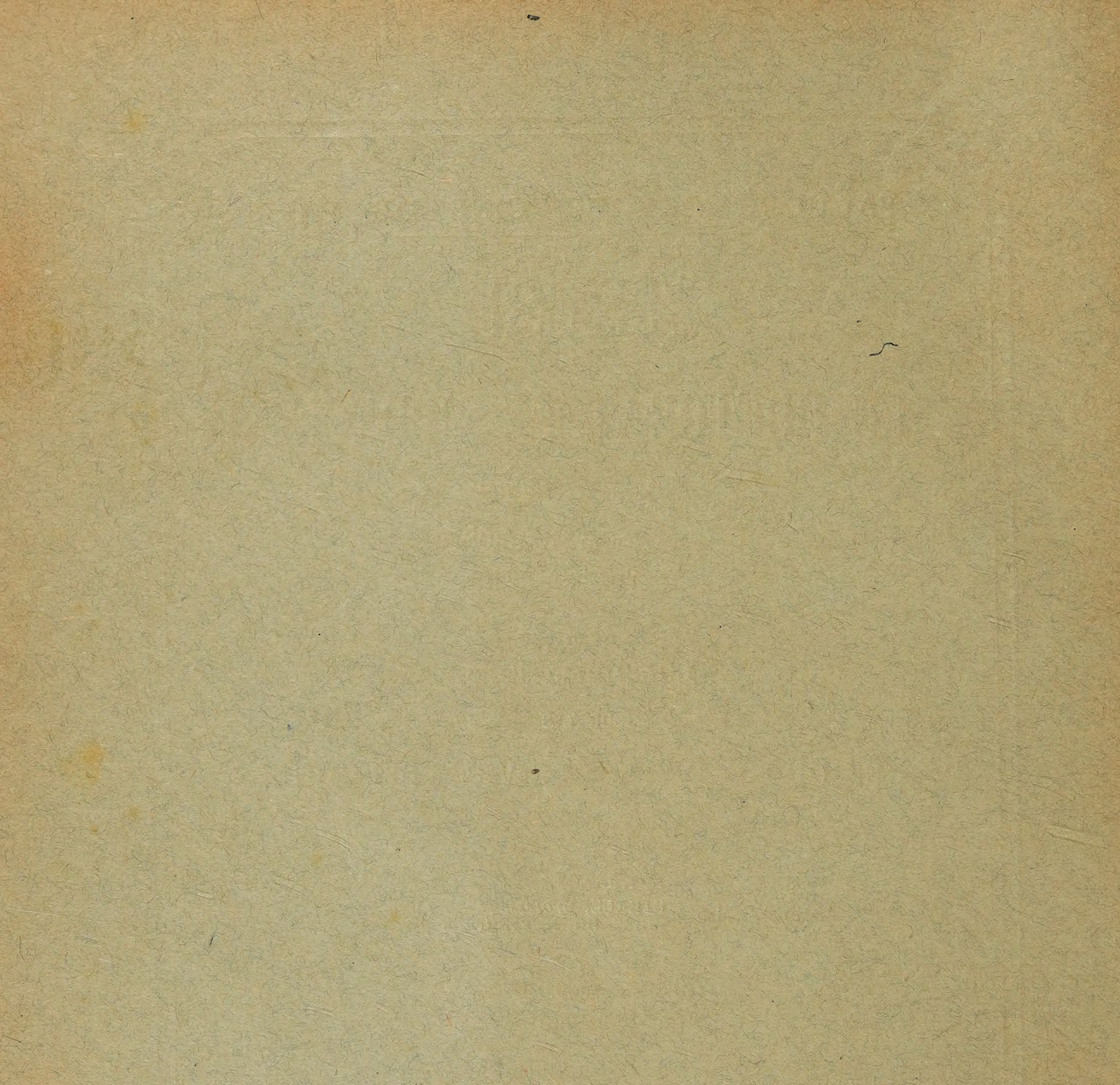
Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
 { BRISSAUD, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI LANGE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1894, à 1 heure

Par ALBERT NARBONI

Né à Alger, le 30 avril 1865

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
 { BRISSAUD, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

350

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDE
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MES GRANDS-PÈRES :
MOÏSE NARBONI ET LAZARE LÉVY-BRAM

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE CHÉRIE

DE MON FRÈRE, LE DOCTEUR MOÏSE NARBONI

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ALGER
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de médecine et de l'Institut
Médecin de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AVANT-PROPOS

La récédive de la fièvre typhoïde que l'on considérait hier encore comme exceptionnelle, commence à être beaucoup mieux connue, et la Clinique aussi bien en France qu'à l'Etranger, apportant tous les jours des faits nouveaux, a, surtout dans ces dernières années, singulièrement éclairé cette question.

Pendant notre internat à l'hôpital de Mustapha (Alger), il nous a été donné d'observer un malade atteint de fièvre typhoïde, qui avait eu, 4 ans auparavant, une première atteinte de dothiéntérie.

Ce malade nous avait paru intéressant d'abord à cause de sa récédive de fièvre typhoïde, ensuite parce que notre excellent chef de service, M. le Dr A. Cochez, avait lui-même observé les deux atteintes.

M. le professeur Gros (d'Alger), à qui nous devons l'expression de notre respectueuse gratitude, a bien voulu

nous communiquer une observation des plus intéressantes.

L'année dernière, il nous a été donné d'observer en ville avec notre ami, le D^r Bacri, une malade atteinte pour la deuxième fois de fièvre typhoïde, et dont la première atteinte remontait à 15 ans d'intervalle.

C'est avec ces trois observations que nous avons cru pouvoir entreprendre notre modeste travail.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous devons exprimer à tous nos maîtres de l'Ecole d'Alger, ainsi qu'à tous nos chefs de service de l'hôpital de Mustapha, nos plus vifs sentiments de reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté et pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours guidé dans nos études.

Nous remercions particulièrement MM. les professeurs Texier, Gros, Bruch, Rey, Moreau, Caussanel et Mertz.

MM. les D^{rs} Gros, Moreau et Cochez, ont toujours été pour nous des maîtres des plus bienveillants, nous les assurons, une fois de plus, de toute notre reconnaissance.

Nos excellents camarades de la Faculté de Paris, les D^{rs} Casabianca, Mercier, Blind et Kohos, ont bien voulu traduire pour nous les mémoires originaux étrangers dont nous avons eu besoin pour notre thèse ; nous les remercions sincèrement.

M. le professeur Potain nous a fait l'honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre profonde et respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Définitions.

Il existe dans la littérature médicale, à propos de certaines modalités de la dothiéntérie, des expressions telles que rechutes, réversions, réitérations, récidives. Rechute et réversion étant synonymes, ces termes peuvent être ramenés à trois : la rechute, la réitération et la récidive.

Le sens général de ces dénominations s'attache à la réapparition de la fièvre typhoïde, mais chacun de ces mots correspond à une modalité particulière, individuelle.

Nous allons montrer par ce court aperçu historique combien les auteurs ont cherché à donner de ces expressions des définitions satisfaisantes.

Taupin, en 1839, publie dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, deux observations recueillies à l'hôpital des Enfants.

« J'ai noté deux fois une anomalie singulière de la
« marche de la dothiéntérie, je veux parler des réci-
« ves. Dans le premier cas, un garçon de treize ans,
« convalescent au dix-septième jour, qui mangeait avec
« appétit, se levait dans la salle, n'avait ni fièvre, ni
« diarrhée, fut repris après dix jours d'un état satisfai-
« sant, de tous les symptômes qui caractérisent la fièvre

« typhoïde : fièvre, diarrhée, céphalalgie, douleur au
« ventre, gargouillement, éruption de taches lenticulai-
« res, sudomina, catarrhe pulmonaire, etc., etc... Cette
« seconde fièvre typhoïde, traitée comme la première, ne
« dure que onze jours et se termine par la guérison.

« Un autre garçon, âgé de dix ans, guéri au trente-
« unième jour de sa maladie, revient à l'hôpital onze
« jours après la guérison, cinq jours après sa sortie,
« présentant les mêmes symptômes qu'à sa première
« entrée : fièvre, céphalalgie, diarrhée, etc., etc... La
« récurrence dura cette fois vingt-cinq jours ».

Ce que Taupin appelle récidives, doit rentrer dans le cadre des rechutes, comme nous espérons le démontrer par les définitions que nous adoptons.

De même Rilliet et Barthez, en mai 1841, rapportent sous la dénomination de récurrence, alors qu'il s'agit de rechute, deux cas, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* et un troisième cas dans leur *Traité des maladies des enfants*.

En 1859, A. Michel, interne de Charcot, emploie le premier le mot de réversion, sans faire de démarcation bien nette avec la récurrence. Pour lui, la réversion tient à la fois de la rechute et de la récurrence, elle peut prendre l'une ou l'autre de ces dénominations, suivant le temps qui s'est écoulé entre elle et la maladie première. Il ajoute : « La
« récurrence vraie ne doit être considérée que comme une
« réversion survenant plus ou moins longtemps après
« la fièvre typhoïde primitive ».

Nous arrivons à la thèse de Mabboux (Strasbourg, 1866). Cet auteur accepte les définitions de Chomel et de

Bouchut. Chomiel définit la rechute : La réapparition d'une maladie qui vient de se terminer et dont la convalescence n'est pas encore achevée ; tandis que la récurrence serait le retour de la maladie après l'entier rétablissement du sujet.

Bouchut dans son *Traité de Pathologie Générale* s'exprime ainsi : « La convalescence est quelquefois interrompue par des accidents morbides semblables à ceux qui avaient cessé ; cette réapparition d'une maladie incomplètement déterminée, constitue ce qu'on appelle une rechute. Ce n'est pas un retour du mal, comme on l'a dit improprement ; car le retour suppose le départ, ici il n'y a qu'une manifestation nouvelle d'accidents morbides à leur déclin. La récurrence est au contraire le retour de la maladie chez un sujet en parfaite santé ».

Grisolle fait mention dans son *Traité de Pathologie interne* des rechutes et des récurrences sans en donner de définitions. Pour lui, la fièvre typhoïde donne à l'individu une immunité plus complète que la variole et la rougeole.

Dès 1869, Jaccoud, dans son *Traité de Pathologie interne*, assigne aux mots recrudescence, rechute, reversion et récurrence, leur juste valeur.

Malgré ces définitions, il y eut en 1869, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (10 décembre) une discussion à laquelle prirent part Lorain, Constantin Paul, Hérard, Marotte, Bergeron, Dumontpallier, pour savoir ce que l'on devait entendre par rechute et par récurrence. Pour Lorain les deux expressions sont synonymes et on doit rayer le mot rechute. Constantin Paul considère la

rechute comme la reproduction d'une partie seulement de la maladie, c'est-à-dire de la période de déclin, et la récurrence comme une nouvelle évolution intégrale de la maladie tout entière depuis son début jusqu'à sa terminaison.

Bergeron, Bucquoy, Dumontpallier, Marrotte, formulent des opinions qui tendent à différencier assez nettement la rechute de la récurrence.

En 1876, Guyard dans sa thèse inaugurale (Paris), définit nettement les termes de recrudescence, d'exacerbation, de rechute et de récurrence.

Cadet de Gassicourt pense qu'il y a une différence nosologique profonde et radicale entre la rechute et la récurrence. « Il n'y a aucune relation entre deux maladies, « dont l'une apparaît plusieurs mois ou plusieurs années « après la guérison de l'autre. Il y a des liens étroits « entre deux manifestations morbides qui se succèdent « à court intervalle, la seconde apparaissant avant la gué- « rison de l'autre ».

La remarquable thèse de Hutinel (Thèse d'Agrégation, Paris, 1883), éclaire d'un jour nouveau, la question des rechutes dans la fièvre typhoïde. L'auteur de ce mémoire différencie cliniquement les recrudescences, les rechutes et les récurrences entre elles. « Les tracés thermométriques, « dit-il, ont permis de bien définir ce qu'il faut enten- « dre véritablement par rechute, et quelles sont les dif- « férences capitales à établir entre les rechutes, les « recrudescences et les récurrences. Or, cette distinction « doit être maintenue, car chacun de ces termes répond « à une évolution clinique différente. La recrudescence

« est une surélévation de la température qui se produit
« ordinairement pendant la période de défervescence de
« la fièvre typhoïde, dure plusieurs jours et s'accompa-
« gne toujours d'une aggravation relative des symptô-
« mes typhiques. Entre la première et la seconde phase
« de la maladie, il n'y a jamais eu apyrexie continue,
« jamais, en un mot, la convalescence n'a commencé
« lorsque la température remonte ».

« Dans la rechute, au contraire, après une première
« phase dans laquelle la fièvre typhoïde évolue réguliè-
« rement, il se produit une apyrexie de plusieurs jours de
« durée ; pendant cette période intercalaire, la convales-
« cence semble exister ; puis vers le sixième ou huitième
« jour, quelquefois plus tard, la température s'élève de
« nouveau, et les symptômes typhiques reparaissent. Le
« fait important à noter ici c'est l'existence d'une
« période intercalaire apyrétique ».

« La récurrence est la reproduction d'une fièvre typhoïde
« au milieu d'une santé parfaite, alors que le sujet est
« totalement guéri de la première atteinte. La récurrence a
« lieu ordinairement au bout de plusieurs mois ou de plu-
« sieurs années. Ainsi, lorsque la reproduction des symp-
« tômes typhoïdes a lieu pendant la convalescence, il y a
« rechute, lorsqu'elle a lieu après la guérison complète et
« définitive il y a récurrence. Dans la rechute c'est la même
« infection typhique qui se manifeste en deux fois, qui
« s'effectue en deux actes, dans la récurrence il y a infec-
« tion nouvelle.

« D'ailleurs, pour la fièvre typhoïde, comme pour la plu-
« part des fièvres, la réinfection est excessivement rare.

« La rechute n'est donc qu'une forme prolongée de la
« fièvre typhoïde dont l'évolution se fait en deux temps
« séparés par un intervalle d'apyrexie. C'est la même
« maladie qui se réveille et non une infection nouvelle
« qui survient.

« Pour qu'il y ait récurrence, au contraire, il faut que la
« première infection soit complètement jugée, que non
« seulement la convalescence ait existé ; mais qu'il y ait
« eu encore un véritable retour à la santé. »

Nous n'avons pas à donner ici les définitions des dictionnaires, elles se rapprochent beaucoup de celles de Hutinel. On les trouvera plus loin.

Dans ces dernières années (1892), M. le professeur Potain donne des mots : réitération, rechute et récurrence, des définitions cliniques qui les différencient nettement les uns des autres.

Dans la rechute c'est la maladie qui recommence sous l'influence d'une complication survenant pendant le déclin ou la convalescence de la première fièvre typhoïde.

La réitération c'est la fièvre typhoïde qui recommence après une apparence de guérison. Dans la réitération, c'est la même infection typhique qui agit deux fois.

La récurrence est une deuxième fièvre typhoïde qui survient après que la première est totalement guérie ; elle résulte d'une nouvelle infection typhique produite par l'introduction dans l'organisme de germes venus du dehors.

M. le professeur Jaccoud, dans une de ses dernières leçons à propos des rechutes et récurrences de la fièvre typhoïde, s'exprime de la façon suivante : « Je dois au

« préalable fixer le sens respectif de ces deux expres-
« sions : cette obligation est d'autant plus impérieuse
« que l'accord est loin d'être parfait touchant cette
« question de terminologie, et que les auteurs allemands,
« par exemple, appellent récidive ce que nous nommons
« rechute. » En effet, si on consulte les traités généraux
des auteurs anglais ou allemands, on ne se fait aucun
doute sur les erreurs que l'on commettrait si on tradui-
sait par récidive le mot allemand. On peut en juger, par
ce que disent les auteurs, tels que Griesinger, Lieber-
meister, Strümpell.

Griesinger à propos des mots rechute et récidive fait
cette remarque :

« En France, on donne généralement le nom de
« rechute à la reproduction d'une partie de l'évolution
« d'une maladie, c'est presque une exacerbation, une
« recrudescence ; on dit, au contraire, qu'il y a récidive
« quand la maladie se développe une seconde fois chez
« un individu qui en a déjà été atteint. D'ordinaire,
« on exige qu'entre les deux atteintes il y ait un retour
« complet à la santé ; on ne saurait cependant refuser le
« nom de récidive, à la fièvre typhoïde qui, pendant
« plusieurs jours recommence une évolution complète,
« régulière, aussi grave et aussi prolongée que la pre-
« mière. »

« Jaccoud emploie le mot réversion pour désigner les
« rechutes qui succèdent presque sans interruption à la
« première atteinte. »

Liebermeister écrit : « Lorsque cette nouvelle poussée
« n'a lieu qu'après que la maladie a terminé son évolu-

« lion, et quand la fièvre a complètement cessé, on dit
« qu'il y a rechute ou récurrence ».

Strümpel décrit la rechute classique sous le nom de récurrence.

Eichhorst, qui ne rapporte dans son mémoire que des cas de récurrences véritables, emploie une tournure de phrase spéciale pour dire que la maladie recommence après la guérison complète, plusieurs semaines après cette guérison : tandis qu'il désigne sous le nom de récurrence la rechute qui se produit dans le cours de la convalescence de la deuxième atteinte.

Geissler, dans une *Revue générale sur la fièvre typhoïde* publiée en 1890 (*Schmidt's Jahrbücher*, t. 228), parle de la communication de Deshayes, de Rouen, en ces termes :
« Ch. Deshayes parle d'une double atteinte de la fièvre
« typhoïde : il désigne cette seconde attaque sous le nom
« de récurrence survenant à la suite d'une nouvelle infec-
« tion par des germes venus de l'extérieur et la distin-
« gue des récurrences ordinaires au sens habituel qu'on
« accorde à ce mot ».

Pour résumer ce chapitre nous dirons :

Il existe trois modalités cliniques différentes dans la réapparition de la dothiéntérie : la rechute, la réitération et la récurrence.

Pour M. le professeur Jaccoud, réversion et rechute sont synonymes.

Les auteurs allemands désignent les rechutes, les réitérations et les récurrences sous le même nom de récurrence. Par conséquent, il faudra bien se garder de porter sur les statistiques des récurrences, des cas qui ne pourraient être

que des rechutes, et les chiffres de 15 à 20 pour 100 donnés par certains auteurs dans des relations d'épidémies doivent être rapportées aux rechutes et réitérations. Nous basant sur les définitions si nettes de M. le professeur Potain nous essayerons dans notre travail de justifier pourquoi nous les avons adoptées.

CHAPITRE II

Historique.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, Taupin, Rilliet et Barthez sont les auteurs qui, les premiers, ont essayé de rapporter des cas de récurrence dans la dothiéntérie. Piedvache, ensuite, dans une communication faite à l'Académie de Médecine en 1850, rapporte un cas de récurrence à longue échéance. Il s'agissait d'une jeune fille qui ayant eu la fièvre typhoïde à l'âge de dix ans, contracta de nouveau la dothiéntérie huit ans après.

Chomel, sur 134 cas observés à l'Hôtel-Dieu, déclare dans son *Traité de pathologie générale*, n'avoir jamais observé un seul cas de récurrence.

Trousseau dit n'en avoir vu qu'un seul cas à l'Hôtel-Dieu : une femme, qui était soignée dans le service de cet illustre maître pour une fièvre typhoïde, avait eu, quatre ans auparavant, une première atteinte qui avait duré quatre semaines et qui avait été observée par le professeur Rostan. Dans sa pratique privée, Trousseau observa une jeune fille qui eut deux fois la dothiéntérie à un an d'intervalle ; la première fois, la maladie fut grave et la seconde atteinte qui eut lieu l'année suivante dura très longtemps.

Monneret dans son *Traité de Pathologie Générale* (1865)

dit avoir observé des cas authentiques de récurrence ; mais il les considère comme très exceptionnels.

Michel (*Union Médicale*, 1869) relate trois cas de récurrence où l'intervalle qui séparait les deux atteintes était de plusieurs années.

La même année, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Constantin Paul lit l'observation d'une jeune fille chez qui il aurait constaté lui-même les deux attaques de la maladie à trois ans d'intervalle.

En 1878, Bucquoy (*France Médicale*), publie un cas de récurrence après un an de santé parfaite.

En 1881, Jules Simon (*Progrès Médical*), dit avoir observé dans sa famille un jeune garçon qui aurait eu deux fois la fièvre typhoïde à trois ans d'intervalle.

Dans la *Gazette Hebdomadaire de Montpellier*, en 1882, Battle rapporte qu'un jeune homme atteint de la fièvre typhoïde à l'âge de dix-neuf ans fut de nouveau malade de la dothiéntérie trois ans plus tard. Cependant, le diagnostic de fièvre typhoïde de la seconde atteinte, quoique probable, peut, nous semble-t-il, prêter à la critique, à cause de l'absence de taches rosées et nous verrons au chapitre « diagnostic » quelle importance il faut attacher à l'existence de ce symptôme pour caractériser la dothiéntérie.

En 1885, Romiszowski-Devoucoux, dans sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de Paris, rapporte des cas bien nets de récurrence à longue échéance, observés dans les hôpitaux de Paris, et une observation prise dans la thèse de Perrin. Cet auteur cherche à éclaircir le sens qu'il faut attribuer aux mots rechute et récurrence, et

s'appuyant sur les définitions données par Hutinel, conclut que la rechute dans la fièvre typhoïde est la même dothiéntérie évoluant en deux actes : tandis que la récidiye serait une nouvelle infection après « *restitutio ad integrum* » Romiszowski-Decouvoux se basant sur certaines observations qu'il relate, ajoute que les récidiyes de la fièvre typhoïde sont rares et généralement bénignes.

En 1886, au Congrès de Nancy, Deshayes (de Rouen) soumet les observations de deux malades chez lesquels il avait observé lui-même les deux atteintes de fièvre typhoïde. A ce propos, une discussion eut lieu, à la suite de laquelle MM. Bouchard (de Paris), Rochard, Layet, Maurel et Bernheim ont proclamé la récidiye de la fièvre typhoïde et affirmé :

Que la maladie ou l'individu s'étaient probablement modifiés depuis cinquante ans (Bernheim, Deshayes).

Qu'il n'y a pas de maladie infectieuse qui confère l'immunité absolue (Rochard).

Que les récidiyes existent parce que l'immunité s'éteint (Layet).

Enfin, que d'une manière générale, les récidiyes des maladies infectieuses sont fréquentes d'au moins 20 pour 100 en temps d'épidémie, mais qu'elles sont plus courtes et moins graves que la première atteinte; que pour la fièvre typhoïde, elle confère sans doute l'immunité, mais que celle-ci est moins grande qu'on ne le croit communément, moins certainement que pour la scarlatine, la variole et la syphilis; et à ce point de vue, que la fièvre typhoïde est comparable à la rougeole qui peut donner

lieu à trois ou quatre attaques successives (Bouchard).

En 1887, le professeur Brouardel, dans un mémoire communiqué à la Société de Médecine publique, rapporte que pendant l'épidémie de Pierrefonds il a observé une famille composée de huit personnes ; quatre d'entre elles avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement : elles seules ne sont pas mortes. Le père âgé de cinquante-sept ans avait eu une fièvre typhoïde grave à dix-huit ans ; la mère âgée de cinquante et un ans l'avait eue à dix-huit ans également. Enfin, une des filles (vingt-six ans), avait eu la fièvre typhoïde cinq ans auparavant, et la bonne (vingt-cinq ans), cinq ans auparavant. Et Brouardel ajoute : « la préservation semble avoir été d'autant plus grande que la fièvre typhoïde antérieure était plus récente. »

Le 22 février 1888, dans un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches cliniques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*, et communiqué à la Société de Médecine publique, le Dr Lecuyer (de Beaurieux) dit :

« La question de la récurrence est bien jugée pour moi, et je l'ai observée plusieurs fois. Du reste, Brouardel en cite des cas analogues dans l'épidémie de Pierrefonds ; quoique rare, elle existe certainement. » Déjà, en 1887, Sallebert soutenait sa thèse inaugurale devant la Faculté de Bordeaux sur les récurrences de la fièvre typhoïde et concluait à l'existence de cette modalité de la dothiéntérie.

En 1891, Hugues et Levy dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* du mois d'août, rapportent un fait qu'ils intitulent : « Fièvre typhoïde à évolution

primitivement régulière, à rechute très grave au cinquième septenaire, à récurrence atténuée un an plus tard. »

En 1892, à l'hôpital de la Charité, notre éminent maître, M. le professeur Potain, fit une leçon clinique sur les *Récidives et les Répétitions de la fièvre typhoïde*, et avec sa haute compétence élucida plusieurs points obscurs de cette question.

Plus près de nous, en novembre 1893, à l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Jaccoud dans une remarquable leçon clinique rapporte un cas de récurrence avec rechute observé dans le même hôpital et différencie nettement la rechute de la récurrence.

En Angleterre, Barlett rapporte trois cas de récurrence et William Budd en 1859 relate quatre cas semblables de récurrence survenant à deux ans d'intervalle de la première atteinte.

Dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, Murchison s'exprime ainsi : « On croit généralement qu'une attaque de « fièvre typhoïde confère l'immunité pour des attaques « suivantes. Cependant, dit-il, les cas très authentiques « de personnes contractant une seconde fois la fièvre « typhoïde sont plus communs qu'on ne le croit généralement. Quelques-uns se sont passés sous mes yeux ; « les deux attaques avaient eu lieu avant la puberté des « malades, et j'ai eu d'autres cas plus nombreux encore, « dans lesquels un malade qui avait eu une fièvre rémittente infantile, ne fut pas épargné pendant l'adolescence « par une attaque de fièvre typhoïde.... »

Alonzo Clark, dans ses *Lectures sur la fièvre* (1878,

New-York Medical Record) mentionne deux épidémies dans lesquelles le Dr Genning soigna deux malades qui avaient eu une deuxième attaque après les avoir lui-même soignés pour une fièvre typhoïde deux ans auparavant.

Moore (de Dublin) dans son intéressant ouvrage sur : « *Eruptive and continued Fevers* » donne un « *case of Recurrent Enteric Fever followed by Relapse* » avec des détails complets, les tableaux des différentes attaques et rapporte le même cas dans le *Journal of medical Science de Dublin* en avril 1892.

Pepper dans « *The American Text-Book of Theorie and Praetise* » établit qu'il a soigné plusieurs malades pour deux attaques caractéristiques de fièvre typhoïde et a observé plusieurs fois jusqu'à trois attaques distinctes à plusieurs années d'intervalle (1893).

En 1894 (*The Boston medical and Surgical Journal*, 22 février 1894), Mason établit que l'infection typhique peut récidiver ; mais il ajoute qu'il est souvent difficile d'affirmer, dans un cas donné, que le malade atteint de dothiéntérie en est à sa seconde infection. Dans ce remarquable travail, Mason rapporte deux observations qui sont du plus haut intérêt, de ce fait que cet auteur a pu réunir les traces thermométriques des deux atteints. Interrogés par Mason, au sujet des récidives de la fièvre typhoïde.

J. G. Blake, G. B. Shattuck, E. I. Forster et T. M. Rõtch, lui firent cette réponse : « Nous ne nous souvenons pas de fièvre typhoïde de retour. »

Le Dr C. F. Folsom écrivit : « Je n'ai jamais vu de

fièvres typhoïdes de retour que je savais être telles ».

Mason analysant les « *Notes on Typhoid* » du Dr C. Ellery-Stodman, basées sur l'analyse de 1188 cas, et qui regarde la récurrence comme à peu près impossible, fait observer que les deux cas de récurrence rapportés dans ce travail, ne sont pas accompagnés de tableaux et de rapports comme preuves d'attaques de retour.

Interrogé par Mason, Robert Edes, médecin à l'hôpital municipal de Boston, déclare n'avoir jamais vu de vraie récurrence.

De l'enquête minutieuse faite par Mason, il résulte que ses confrères consultés par lui, admettent que l'infection typhique confère une absolue immunité contre les atteintes ultérieures. Lui-même, d'ailleurs, déclare que dans une analyse de 676 cas de fièvre typhoïde, reçus à l'hôpital pendant les années 1890 et 1891, il n'a, après de soigneux examens de rapports, trouvé aucun cas « de retour ». Aussi, les deux cas qu'il relate sont-ils particulièrement intéressants puisqu'il a pu vérifier, comme survenus dans l'hôpital où il se trouvait, l'histoire et les tableaux, ainsi que les différentes circonstances établissant que ces mêmes malades avaient été admis deux fois à l'hôpital pour fièvre typhoïde.

En Allemagne, Oddo Betz (de Tubingen), dans sa thèse inaugurale sur le *Typhus abdominal*, cite un cas de récurrence cinq ans après la première atteinte.

En 1888, le professeur Eichhorst de Zurich fit paraître dans les « *Arch. f. path. Anat.* (CXI, 1) un travail très remarquable sur la question qui nous occupe. Avant de donner ses conclusions étayées sur l'observation de 666

cas Eichhorst rapporte l'opinion de plusieurs auteurs qui s'étaient occupés de la question. Ainsi, il nous apprend que Griesinger, a pu observer des cas de récurrence où les deux atteints ont pu être suivis dans le même hôpital et sont par conséquent bien nets, quoique cet auteur reconnaisse que les récurrences sont plus fréquentes dans le typhus exanthématique que dans la fièvre typhoïde.

Liebermeister (*V. Zimmssens Handbuck der speciellen Path. und therap.* Bd. Aufl. 11, § 82 à 155) dit qu'à la clinique de Bâle où l'on voit fréquemment des fièvres typhoïdes il a été très rarement constaté des récurrences et il ajoute, que l'immunité conférée par cette dernière maladie n'est pas aussi certaine que celle que confèrent la variole et la scarlatine.

Pour Lindwurm, au dire d'Eichhorst, la seconde atteinte serait possible, mais toujours bénigne.

Zülzer (*Réalencyclopédie*, Bd. II. Aufl. II, § 29), reconnaît qu'il peut y avoir récurrence et l'explique en disant que les plaques de Peyer ne sont pas toutes prises à la fois, et que l'infection est restée malgré l'apparence de guérison de la première atteinte.

Goth déclare avoir vu onze récurrences sur 397 cas.

Quinckenette, également cité par Eichhorst, déclare avoir observé trois fois la fièvre typhoïde chez une jeune fille de 25 ans et admet la récurrence.

Quant à la statistique personnelle d'Eichhorst elle donne 28 récurrences pour 666 cas.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I (résumée).

(Obs. de Odo Betz. Rapportée par Deshayes, *in Gazette hebdomadaire* de septembre 1889).

La femme Markle (de Lutrezau), 36 ans, fut atteinte en 1876 du typhus abdominal, ainsi que ses quatre enfants. Le 25 février 1881, elle est de nouveau atteinte. L'explication, ajoute Deshayes, en paraît très claire. Juste devant les fenêtres de l'appartement, on vient de creuser le jardin pour des travaux, et c'est à cette même place que l'on enfouissait, il y a 5 ans, les excréments « de la première maladie. »

Cette observation trop résumée ne nous dit rien sur la forme, la durée et le pronostic des deux atteintes, nous l'avons rapportée dans notre mémoire à cause du fait de la récurrence et de la pathogénie de cette récurrence.

OBSERVATION II (résumée).

Professeur Brouardel. — Epidémie de Pierrefonds.
Cette observation a été communiquée à la Société de Médecine publique, le 26 janvier 1887.

Tous les membres de la famille F... (huit personnes) sont tombés malades.

Quatre d'entre eux avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement, eux seuls ne sont pas morts. Le père, 55 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave à 18 ans; la nouvelle atteinte a été assez bénigne.

La mère, 51 ans, avait eu une fièvre typhoïde extrêmement grave à 18 ans, la nouvelle atteinte fut bénigne.

Une des filles, Mlle Marguerite, 26 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave 3 ans auparavant; elle eut pendant quelques jours des accès de fièvre survenant le soir et accompagnés de torticolis.

La femme de chambre, 25 ans, avait eu la fièvre typhoïde 5 ans auparavant, elle eut une nouvelle atteinte peu grave.

Nous avons cru bon de rapporter cette relation de l'épidémie de Pierrefonds intéressante à plusieurs points de vue : d'abord à cause de l'intervalle entre les deux atteintes, 39 ans, 33 ans, 5 ans, 3 ans, ensuite à cause du caractère relativement bénin de la deuxième atteinte (ce qui est loin d'être la règle).

Une dernière considération nous a paru digne d'être soulignée, c'est la présence des bacilles typhiques dans l'eau de boisson qui servait à alimenter la maison ou s'était produite l'épidémie; cette constatation fut faite par MM. Chantemesse et Widal.

OBSERVATION III (résumée).

Communiquée par M. le professeur Gros (d'Alger).

M. W... (fils de M. le Dr W... de Mulhouse, ancien interne des hôpitaux de Paris), fut soigné par son père pour une fièvre typhoïde grave à l'âge de seize ans.

Il commença ses études de médecine à Strashourg en 1850

et vint à Paris à la fin de 1851 pour faire sa seconde année. Peu de temps après son arrivée dans la capitale il est atteint de nouveau de fièvre typhoïde et il meurt.

Cette épidémie de 1850-1851 fut extrêmement grave.

Ce que nous retenons pour notre thèse c'est la très grande gravité du pronostic de la deuxième atteinte ; ensuite l'étiologie est bien nette, c'est pendant une épidémie que ce malheureux jeune homme succombe à une deuxième fièvre typhoïde.

OBSERVATION IV

(Deshayes de Rouen, in *Gazette hebdomadaire* de septembre 1889).

« Ma jeune cliente, m'écrit M. Delabort, fut atteinte pour la première fois de fièvre typhoïde en octobre 1873 ; elle avait alors douze ans. L'affection eut un début très intense. Vers le quatrième ou cinquième jour, la température s'élevait à 40°,8. Mais elle ne tardait pas à redescendre pour osciller entre 40°, 39°,8 et 38°,5.

La fièvre n'eut somme toute qu'une intensité moyenne, mais avec des caractères très nets. Le diagnostic ne pouvait être douteux.

Ce ne fut qu'à la fin de la troisième semaine que le thermomètre descendit à 37°5 puis à 37°. Je n'ai pas retrouvé les notes recueillies à cette occasion ; j'ai pu seulement mettre la main sur le tracé thermométrique qui m'a permis de vous donner les quelques renseignements qui précèdent sur la température.

Quant à la deuxième atteinte de fièvre typhoïde, elle commença en décembre 1887, quatre ans après et fut extrêmement grave.

MM. Leudet et Potain virent la malade avec moi. Le diagnostic ne présentait aucun doute, et par conséquent la récidive est certaine ».

Dans cette observation nous devons noter surtout la gravité de la deuxième atteinte ; le diagnostic est nettement établi, mais nous n'avons aucun renseignement sur l'étiologie.

OBSERVATION V

Deshayes (de Rouen). *Id...*

« Une autre observation non moins probante, est celle de
« M. le professeur d'Espine (de Genève). M. d'Espine que je
« rencontrai au Congrès international d'hygiène à Vienne, il y
« a 2 ans, et avec lequel je m'entretenais de cette question, me
« dit qu'il était lui-même un exemple vivant de la récurrence.

« Atteint une première fois de fièvre typhoïde très évidente,
« dans son adolescence, il fut à nouveau contaminé pendant
« son internat à Paris. La deuxième attaque à plusieurs années
« d'intervalle fut très grave et très longue. »

C'est encore le pronostic qui va nous retenir : la deuxième atteinte est très grave et très longue.

OBSERVATION VI

Deshayes (de Rouen). *Id...*

« M. Ratiéville, cultivateur à Saint-Jacques, mobilisé en 1870,
« est atteint une première fois à Paris, à l'âge de 20 ans, d'une
« fièvre typhoïde parfaitement caractérisée, à forme hémorrhagique : épistaxis répétées, hémorrhagies intestinales. Durée, six
« semaines ; médecin traitant : M. le Dr Berthet de Paris.

« Dix ans plus tard, M. Ratiéville, rentré dans ses foyers, contracte de nouveau la dothiéntérie ; mêmes symptômes, même
« tendance à l'adynamie. Mme Ratiéville, fort intelligente, très
« dévouée et qui alors, jeune fille, avait assisté à la première

« atteinte, ne s'y trompa point. Ce fut, m'a-t-elle confirmé, la
« répétition de la première attaque ; mais plus grave encore,
« puisque le malade cette fois succomba.

M. le D^r Blockberger, médecin en chef de l'hospice de Darnétal, qui lui donna ses soins, m'écrivit :

« Quant à la maladie qui l'a emporté, ce fut bien une fièvre typhoïde. Rien n'y manqua et ce sont des hémorrhagies intestinales qui ont amené la mort. »

Cette observation est non-seulement intéressante à cause de la fatalité du pronostic mais encore et surtout à cause de l'analogie de forme des deux atteintes. Ce qui domine ce sont les hémorrhagies et dans la deuxième atteinte le malade succombe à la suite de cette complication.

OBSERVATION VII

Deshayes (de Rouen). *Id...*

« M^{me} veuve Ybert, 55 ans, à Rouen ; il y a 20 ans première fièvre typhoïde grave et longue : plus de deux mois ;
« médecin traitant, feu M. le D^r Derocque, médecin des hôpitaux. »

En 1888, mars et avril, deuxième attaque. Dothiéntérie confirmée, durée très longue, forme grave, délire. Guérison.

Le point saillant encore dans l'observation qui nous occupe est la gravité de la deuxième atteinte.

OBSERVATION VIII

Deshayes (de Rouen). *Id...*

M^{me} Quéval, 50 ans, épicière, rue Saint-Sever. Soignée par moi en 1883 pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne.

Son fils, âgé de 24 ans, avait été également atteint à la même époque.

Quatre ans après en 1887, M^{me} Quéval est contaminée, une deuxième fois. Dothiéntérie confirmée. Meurt le vingtième jour.

Les conditions hygiéniques de la maison étaient mauvaises. Il existait notamment dans la cour une bêteoire qui recevait toutes les eaux sales, et qui sans communication avec l'égoût, donnait lieu, au moment des grandes chaleurs, à la fermentation des liquides et au dégagement d'odeurs nauséabondes.

La mort est encore la terminaison dans ce cas et l'étiologie pourrait bien être attribuée à l'action des germes sur l'organisme par l'intermédiaire de l'air atmosphérique.

OBSERVATION IX

(Deshayes de Rouen). *Id...*

« Pip. (Edouard), 22 ans, marin de l'Etat, soigné par moi, 5
« ans auparavant, en 1882, pour une dothiéntérie d'intensité
« moyenne; souvenir très fidèle de la famille à cet égard. Etait
« resté couché six semaines, avait présenté des taches rosées,
« lenticulaires. La convalescence avait également duré six
« semaines. Aucun doute.

« En octobre 1887 revient dans sa famille en congé; convales-
« cent de pneumonie. Son frère était alors en pleine fièvre
« typhoïde grave (épidémie de 1887). Notre marin tombe 15 jours
« après par contagion et présente tous les symptômes d'une nou-
« velle dothiéntérie assez bénigne, il est vrai, mais très évi-
« dente. Température de 39 à 40 degrés. Epistaxis. Taches
« rosées, 5 semaines de durée. »

Chez ce jeune homme la fièvre typhoïde reparait cinq ans après une première atteinte: et c'est pendant la con-

valescence d'une autre maladie infectieuse, alors que l'organisme est encore débilité, que cette nouvelle infection typhique se manifeste.

OBSERVATION X (résumée).

(Hugues et Levy. *In Arch. de méd. et de pharm. militaires*,
T. XVIII, 1892).

Première atteinte. — B... Désiré, canonnier à la 17^e batterie du 30^e d'artillerie en garnison à Milianah.

Antécédents personnels. — Nuls.

Entre à l'hôpital le 15 août 1888 pour une fièvre typhoïde contractée au camp d'Hussein-Dey où sévissait une épidémie à forme assez atténuée.

Au début, vertiges, rachialgie, douleur dans la fosse iliaque droite, météorisme, stupeur, fluxion bronchique, catarrhe intestinal, langue grillée puis sèche: taches rosées et sudamina.

Pendant les dix jours suivants, ataxie, fièvre avec plateau thermique très soutenu de 40° à 40°,6.

Traitement. — Quinine. Bains frais à 28°.

A la fin du deuxième septenaire, la température s'abaisse progressivement et arrive à la normale pendant le quatrième septenaire. En même temps la diarrhée diminue, disparaît peu à peu et la convalescence paraît commencer.

Rechute. — Au cinquième septenaire. Abscess multiples. Aggravation de l'état général; plaques ecchymotiques, pétéchies, épistaxis. Diarrhée coliquative.

Amélioration de cet état alarmant et le malade quitte l'hôpital le quatre-vingt-dix-neuvième jour après son entrée.

Deuxième atteinte. — Le 27 juillet 1889, le même malade rentre à l'hôpital militaire d'Aumale revenant encore du camp d'Hussein-Dey. Il est de retour à Aumale depuis le 30 juin; mais ne se dit malade que depuis le 22 juillet.

22 juillet. — Courbature générale, céphalalgie, fièvre. Inappétence. Pas d'épistaxis ni diarrhée.

Température. — Le 23 juillet. — 38°, 2.

Le 24 juillet. — 39°, 2.

Le 25 juillet. — 40°, 1.

Le 26 juillet. — 40°, 5.

Le 27 juillet. — Le malade entre à l'hôpital. Il a conservé toute son intelligence : il n'a ni rêvasseries ni insomnie et prétend n'avoir jamais eu d'impaludisme ; mais en 1888 à Milianah il a eu une fièvre typhoïde avec rechute, comme l'atteste d'ailleurs un certificat d'octobre 1888.

Etat à l'entrée. — Langue humide, rouge sur les bords cependant.

Pas de tympanisme, sensibilité de la fosse iliaque droite, pas de diarrhée.

Température du matin. — 39°, 2.

Température du soir. — 39°, 9.

Pouls plein, égal, régulier, à 84.

Rien aux poumons ni au cœur.

28 juillet. — Température du matin. — 39°.

Température du soir. — 39°, 5.

29 juillet. — Symptômes nerveux toujours peu marqués. La céphalalgie a diminué. Légère épistaxis.

Température du matin. — 38°, 6.

Température du soir. — 39°, 3.

Du 30 juillet au 6 août. — Pas d'amélioration ; pas de taches rosées ni de diarrhée.

Régime : Bouillon au tapioca, au vin. Toniques. Tous les trois jours la quinine est remplacée par un vin de Banyuls avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

6 août. — Rechute sans cause appréciable ; la température monte brusquement à 39° le soir.

7 août. — Insomnie, ventre ballonné. 1 gramme de quinine.

Température du matin. — 39°, 5.

Température du soir. — 40°, 3.

8 août. — Sécheresse de la langue, deux selles liquides. Le diagnostic de fièvre typhoïde vrai s'impose.

Traitement. — 0,60 de sulfate de quinine. Vin de Banyuls.

Gargarismes acidulés. — Compresses froides. Lo ions froides (six par jour).

9 août. — Température du matin. — 40°, 2.

Température du soir. — 39°, 7.

Pas de prostration.

10 août. — Eruption sur le flanc de six taches rosées s'effaçant sous le doigt. Quatre à cinq selles liquides ; malgré les infusions de camomille et d'eau de chaux.

Du 10 au 23 août. — Evolution régulière d'une fièvre typhoïde à forme muqueuse avec absence de phénomènes nerveux. Diminution progressive de la température. Disparition de la diarrhée le 15 août.

Le malade sort guéri le 11 septembre. Durée totale de la maladie : trente jours en deux étapes chacune de quinze jours.

Dans ce cas, c'est pendant deux épidémies que sont contractées les deux atteintes ; et ici, malgré le court intervalle relatif qui sépare ces deux manifestations typhiques, la contagion gagnée dans un foyer épidermique paraît résumer toute l'étiologie de la récurrence. Notons la rechute succédant à chaque atteinte.

OBSERVATION XI (résumée).

Eichorst. *Arch. für Path. anat.*, 1888, n. 111.

Traduite du texte allemand.

Durant la grande épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Zurich en 1884, une jeune fille de 26 ans, Louise Kopp, entra à la Clinique Interne et y fit une fièvre typhoïde de moyenne intensité présentant quelques particularités.

Cette maladie l'obligea à rester à l'hôpital du 11 octobre au 16 décembre.

Comme antécédents personnels, on apprit qu'elle avait eu, une première fois, la fièvre typhoïde exactement à la même

époque il y a trois ans. Elle paraissait avoir une prédisposition particulière pour l'infection typhique.

Elle était entrée la première fois à l'hôpital Sainte-Catherine à Stuttgart pour rhumatisme articulaire aigu et y avait contracté cette infection hospitalière (dothiéntérie), ce qui est toujours rare.

On ne peut pas douter que ce ne fût réellement une fièvre typhoïde parce que la Direction du susdit Hôpital à laquelle nous nous sommes adressé nous a aimablement donné le rapport suivant :

« Kopp Louise a été traitée du 19 septembre au 24 octobre à l'hôpital Sainte-Catherine à Stuttgart pour une fièvre typhoïde nettement prononcée. Ayant quitté l'hôpital le 24 octobre complètement guérie. »

La même malade revient encore une fois à la clinique médicale le 4 juillet 1886 : c'était encore une fois, un cas type de fièvre typhoïde pour laquelle la malade resta jusqu'au 15 août 1886. Son séjour hospitalier aurait donc duré la première fois 36 jours, la seconde 67 jours et la troisième 43 jours.

Ajoutons encore que notre malade n'était pas membre d'une famille typhique, du moins elle n'a pu nous indiquer si ses parents proches ou éloignés étaient souvent atteints de fièvre typhoïde.

Ce qui est particulièrement intéressant c'est que la troisième maladie est l'image répétée trait pour trait de la seconde.

Pendant ces deux atteintes, la malade avait de l'herpès labialis, les taches rosées étaient clairsemées, grandes, de couleur pâle et très peu surélevées. La malade était pâle et affaiblie.

La rate était les deux fois d'une grandeur extraordinaire et très douloureuse au moindre contact.

Pendant la convalescence, la rate dégonfla complètement quoique lentement ; pendant une semaine les urines contenaient de l'albumine, mais sans dépôt.

Au même jour de la maladie, elle eut un violent frisson sans cause particulière qui se répéta les deux fois le lendemain. Ce frisson était suivi d'une élévation très prononcée de la tempéra-

ture. La marche de la fièvre et sa durée étaient presque pareilles les deux fois.

Deux fois la convalescence fut longue et souvent il y eut des élévations de température sans motif connu et longtemps les muscles des extrémités restèrent douloureux spontanément et à la pression.

Grâce à l'obligeance d'un de nos excellents camarades, M. le Dr Blind, nous donnerons ici la traduction littérale de l'observation qui se trouve à la fin du mémoire d'Eichorst. La malade qui fait l'objet de cette observation aurait eu une récurrence double; dans les deux dernières atteintes l'analogie de forme est frappante. Au point de vue étiologique Eichorst rattache ces trois atteintes à une prédisposition particulière du sujet pour l'infection typhique.

OBSERVATION XII (résumée).

Moore de Dublin. *Journal of medical science de Dublin* (Traduite du texte anglais).

Cas de retour de fièvre typhoïde accompagnée d'une rechute typhique par John William Moore de l'Université de Dublin, médecin au Maeth hôpital de Dublin.

Au mois d'avril 1877, W... H. P., écolier, âgé de 15 ans, fut pris d'une fièvre qui commença le 19 avril 1877 attribuée au voisinage d'un tas de fumier se trouvant aux alentours de sa pension. Il avait déjà éprouvé des nausées qui l'obligèrent à s'aliter. Il perd peu à peu l'appétit sans pourtant avoir de vomissements.

20 avril 1877. — Diarrhée à la suite d'une dose de magnésie, puis constipation.

Lundi 24 avril 1877. — Nous vîmes le malade, M. le Dr Hutson, Sir Georges Owens et moi-même, à 1 h. 30 de l'après-midi.

Le pouls était à 94, la respiration à 34 et la température à 103°,3 Farenheit. Langue saburrale mais humide; fuliginosités sur les dents. Pas de tympanisme abdominal.

25 avril. — Les taches rosées apparurent, la fièvre fut très élevée et au thermomètre sous l'aisselle on avait 103°,7. Diète lactée.

28 avril. — Dixième jour de la maladie. A 6 heures de l'après-midi je pris cette note : Malade plus abattu, pouls à 86, respiration à 34, température à 102°,7. La constipation est toujours opiniâtre. Bouillon de poulet. Vin de Bordeaux. Potion à l'extrait de quinquina.

29 avril. — Etat du malade encore moins satisfaisant. Langue plus sèche et plus noire. Fuliginosités sur les dents et les gencives. Teinte ictérique. Anurie persistante depuis huit heures du soir du jour précédent. Le ventre était plus gros, plus sonore. Il y avait beaucoup de taches rosées sur la poitrine, le ventre et les bras; néanmoins un certain nombre de signes plaidaient favorablement pour le malade. Le pouls, la respiration et la température étaient en baisse,

A 3 heures de l'après-midi : fièvre. Le malade n'était pas bien à cause de sa constipation, je lui ordonnai de grandes irrigations d'eau chaude. A la suite de ces lavages, des excréments liquides et solides furent expulsés.

2 mai. — Température 103°,4. A quatre heures de l'après-midi, somnolence continuelle. Urines noirâtres, très denses (1025), très chargées d'urates. Cela fut manifestement une manière de crise, car l'état du malade fut à partir de ce moment amélioré de jour en jour bien qu'on ne fût pas encore au 12 mai (24^e jour de la maladie) où je pus écrire : plus de taches rosées, pouls et température normale. La température étant à 96°,5, le pouls tomba à 54.

Le 20 mai. — Trente-deuxième jour de la maladie, le malade dort bien et bientôt après il part pour Cauterets où il fut complètement et heureusement rétabli.

15 octobre 1891. — M. W. H. P..., âgé de 29 ans, avocat de profession, en apparence d'excellente santé, alla faire une visite à un de ses voisins de campagne dans le centre de l'Ir-

lande ; il revint le jeudi 22 octobre et deux jours après dans la soirée il se plaignit d'un sentiment de malaise. De cet exposé on conclut que M. P. contracta la maladie dans sa maison de ville avant qu'il n'allât à la campagne, la durée de la période d'incubation de la fièvre typhoïde étant habituellement une quinzaine.

Le samedi 29 octobre. — Le malade se plaignit de céphalalgie et de raideur de la nuque. Le jour suivant il sortit quoique ne se sentant pas bien, et dans l'après-midi des frissons répétés l'obligèrent à se mettre près du feu.

Le mardi 27. — Il fut incapable de sortir de son lit et il y passa les trois jours suivants soigné par le Dr L. H. Ormsby qui lui trouva le matin 100°, le soir 106° ou un peu plus. Se sentant un peu mieux le vendredi 30, matin et soir 98°,5, il se leva et s'assit près du feu à 3 heures 30, se sentant très faible ; à 7 heures du soir il mangea une perdrix avec du pain beurré pour son dîner, après quoi il passa une nuit de repos ; mais le lendemain, la température était de 101° et se maintint à ce niveau pendant toute la journée. Je le vis dans la soirée avec le Dr Ormsby, je pensai d'abord que l'attaque était due probablement à la fatigue et à l'indigestion : puis venant à me ressouvenir de la fièvre typhoïde qu'il avait eue 14 ans auparavant, j'attribuai son état à une nouvelle fièvre typhoïde.

Le matin suivant à 9 heures 1^{er} novembre. T. 104°, le malade toussait particulièrement quand il se couchait sur le côté droit et il eut les crachats muqueux parfois striés et non pas teintés de sang ; diarrhée.

Le 2 novembre. — La température est à 103° et s'éleva à 103°,7 avec un pouls de 104. Respiration de 30 à 32. J'ordonnai de l'éponger le matin, l'après-midi, le soir et à minuit, de lui donner du lait et de l'eau de chaux, de la gelée de poulet suivie de glace brisée alternativement.

3 novembre. — Onzième jour de la maladie. Les taches rosées sur le ventre et dans le dos, la diète du malade consistait en trois onces de lait bouilli et une once d'eau de chaux toutes les trois heures ; deux onces de gelée de poulet toutes les six heures ; deux capsules d'essence de térébenthine étant données toutes les qua-

tre heures et une pilule de quinine toutes les neuf heures, glace brisée *ad libitum*.

Affusions d'eau froides.

4 novembre. — Les troubles bronchiques furent traités par l'application de liniment camphré sur le dos et le haut de la poitrine.

5 novembre. — T. 103°, on adjoint une once de thé à la gelée de poulet.

6 novembre. — Le cœur faiblit ; le pouls est faible quand on lève le bras. T. 103°,2, on lui donne une once de brandy dans son thé.

9 novembre. — On trouve le malade faible après une nuit de repos avec quelque délire ; on le nourrit toutes les heures, soit une once de lait chaud avec du brandy alternant avec une once et demie de gelée de poulet et de bœuf.

15 novembre. — Deux jaunes d'œuf dans la journée.

22 novembre. — Le malade peut se lever.

A partir du 24 novembre on augmente la nourriture.

Le 27 novembre. — La température étant normale il se lève deux heures par jour ; plus de médicaments, nourriture plus abondante, un peu de poulet, soles, pommes cuites et un verre de vin.

3 décembre. — La toux du malade a disparu ; il dort et mange bien, ses forces augmentent ; il est amaigri comme tous les convalescents de fièvre typhoïde.

8 décembre. — L'après-midi de ce jour le malade vit son premier visiteur de 4 heures à 4 heures 45, ayant paru très joyeux de cette compagnie. A 8 heures il se coucha avec un léger mal de tête qu'il attribua à la causerie assez longue qu'il venait d'avoir avec son ami ; sa garde-malade prenant sa température trouve 100° ; on donne 30 gouttes d'extrait liquide de cascara sagrada ; il va bien jusqu'au matin, mais à 9 heures la température était encore à 99°,8.

Néanmoins le malade se leva comme d'habitude, se promenant à travers la chambre à coucher et même sortit dans le milieu du jour. Le soir il eut une grande fièvre 102°,8.

Affusion froide après laquelle il dormit bien. Le matin sui-

vant il se plaignit de mal de tête et de douleur dans les bras, la température étant de 102°, je le vis avec le Dr Ormsby et pensai que c'était une attaque d'influenza me basant sur la soudaineté des douleurs de tête, la saburre de la langue et la rapidité et le bondissement du pouls, la température allant en s'élevant la fièvre atteignant son point culminant dans la soirée du quatrième jour 104°,6.

Le jour suivant l'apparition de taches rosées en nombre considérable ne laissa pas de doute sur la nature de la maladie qui était une rechute de fièvre typhoïde ; à ce moment la température était très élevée, la langue sale et chargée, le mal de tête violent avec beaucoup de délire la nuit. le malade s'imaginait qu'il y avait d'autres malades avec lui dans la chambre. Albumine dans les urines qui sont aussi chargées d'urates.

Un jour le malade se plaignit de la gorge et nous trouvâmes les amygdales grossies, tandis que la luette, le palais et les piliers de l'isthme du gosier étaient rouges et œdématisés, un peu d'exsudation molle coulant librement à la surface des muqueuses. Les symptômes du côté de la gorge cédèrent rapidement sous l'influence de lavages fréquents à l'acide lactique.

Du 12 au 16 décembre, la température fut de 102° chaque soir, tombant à 100° le matin. Une semaine après elle était normale le matin, mais s'élevait le soir à 100°.

M. P... va de mieux en mieux jusqu'au 25 janvier, époque à laquelle complètement convalescent il part en villégiature.

Moore croit attribuer la rechute à un état de réceptivité créée par l'attaque de fièvre typhoïde qui l'a précédée ainsi qu'à la constipation qui était opiniâtre.

OBSERVATION XIII (résumée).

Mason. *The Boston medical and surgical, Journal* du 22 février 1894.

L..., servante d'hôpital, âgée de 34 ans, après 5 jours de malaises prodromiques, fut le 7 septembre 1890 admise dans le service du Dr Rotch avec une fièvre typhoïde. J'eus à la soi-

gner le 1^{er} octobre : et elle présentait à ce moment les symptômes ultimes d'une attaque typique, qui avait été caractérisée par une grande douleur abdominale et du tympanisme ; elle devait avoir une rechute comme le montre le tableau ci-joint. Pendant la convalescence, le pouls fut rapide : 100 à 112 pulsations et elle resta à l'hôpital 65 jours.

Deuxième attaque. — Le 10 octobre 1892, la même malade L..., fut admise dans mon service, elle était au seizième jour de sa seconde attaque.

Le 23 août. — Elle était allée à la campagne soigner un malade atteint de fièvre typhoïde et après être restée là pendant un mois à donner au malade des soins continuels, elle-même contracta la maladie. Je la vis quelques jours après chez elle quand les symptômes étaient : malaise général, insomnie, mal de tête douloureux, fièvre, diarrhée ; mais la connaissance de sa grave atteinte deux ans auparavant me porta à douter qu'elle eût la fièvre typhoïde une seconde fois. A son entrée à l'hôpital, les taches rosées étaient abondantes, l'abattement s'était accru, il y avait de l'anorexie et des vomissements. Il y avait de l'albumine dans les urines.

La maladie fut plus longue que la première, la défervescence se produisant à la fin de la cinquième semaine et le pouls tombe alors à 80.

Elle se leva le cinquante-septième jour mais du soixante-quatrième au soixante-neuvième jour la convalescence fut interrompue par un retour de symptômes fébriles, et une grande douleur dans la fosse iliaque droite : la morphine fut nécessaire pour la soulager. Elle quitta l'hôpital le quatre-vingt-dixième jour.

OBSERVATION XIV

Mason *The Boston medical*, 22 février 1894.

Première attaque. — Un homme de peine de 21 ans entre dans le service de M. le Dr Rotch, le 22 septembre 1890. Il était malade depuis dix jours et se plaignait des symptômes prole-

miques habituels de la fièvre typhoïde : malaises, douleurs dans les flancs, mal de tête, saignement de nez, constipation. Dans la deuxième semaine, la maladie s'affirma et les taches rosées furent bientôt visibles, plus tard l'abdomen fut ballonné et tendu. La fièvre tomba à la fin de la troisième semaine.

Comme le malade semblait entrer en convalescence, une rechute survint qui retarda son retour à la santé pendant un mois.

Il resta à l'hôpital jusqu'au soixante-quatrième jour.

Deuxième attaque. — Le 19 mai 1892, rentra de nouveau dans mon service, se plaignant déjà depuis trois semaines de malaise, d'affaiblissement général et d'anorexie. Il avait quelques accès de fièvre et de l'insomnie. Il s'était alité huit jours avant son entrée à l'hôpital. Les épistaxis avaient été fréquentes. Dans la deuxième semaine, les symptômes furent : de la bronchite, des douleurs abdominales, et la maladie s'affirma par une abondante éruption de taches rosées. La diarrhée suivit avec du tympanisme : les épistaxis recommencèrent et durant la troisième semaine la stupeur typhoïde fut très marquée comme l'étaient les autres troubles sensoriels.

Pas d'otite.

La quatrième semaine une laryngite survient et dure deux semaines.

La glande sous-maxillaire droite devint gonflée et acquit le volume d'un œuf de poule ; elle devint rouge et molle mais ne suppura pas.

Pendant la convalescence, il y eut une névrite périphérique affectant les pieds et les jambes et le malade n'en fut débarrassé que vers le soixantième jour de sa maladie.

A aucun moment, il n'y eut des fausses membranes dans la gorge et je pensai que la laryngite aussi bien que les gonflements glandulaires étaient consécutifs à la fièvre typhoïde (Tableau 5).

Réflexions. — Notre ami le Dr Mercier a bien voulu nous traduire littéralement la partie du texte anglais ayant directement trait à notre sujet.

Dans l'observation de Moore, la deuxième atteinte a été grave et accompagnée de rechute, le diagnostic des deux atteintes a été fait par le même praticien.

Les deux cas de Mason sont encore plus convainquants, pour ce qui est de la fréquence de la rechute : dans les deux cas il y a eu rechute dans les deux atteintes, l'analogie de forme est à noter aussi.

OBSERVATION XV (résumée).

(M. le professeur Jaccoud. *In Bulletin médical*
du 17 janvier 1894).

Homme de 38 ans, occupant le n° 15 de la salle Jenner à l'hôpital de la Pitié.

Robuste ; cet individu a fait sa première fièvre typhoïde en mars et avril 1893, dans le service du Dr Faisans, dans ce même hôpital de la Pitié. Il a été donc facile de se procurer la courbe et l'observation prises à l'occasion de cette première atteinte.

Première attaque. — La maladie, d'intensité moyenne, a présenté l'ensemble de ses symptômes caractéristiques, notamment les taches rosées, le météorisme abdominal, la tuméfaction de la rate et le catarrhe bronchique.

L'évolution a été normale, la durée de cinq semaines.

Le malade a quitté l'hôpital le 26 avril pour aller achever sa convalescence à l'asile de Vincennes

Pendant plus de 5 mois à compter du début de la convalescence, santé irréprochable.

Deuxième attaque. — Le 11 octobre, cet homme entre dans le service de M. le professeur Jaccoud avec une fièvre typhoïde pleinement caractérisée, dont le début remonte aux derniers jours de septembre : c'est le même ensemble symptomatique que la première fois, sauf les taches rosées que nous n'avons pu constater ; en revanche, il y a eu, au dix-huitième jour, une

abondante héorrhagie intestinale, après quoi la chute en échelons de la température, maintenue jusqu'alors entre 39° et 40°, a abouti au vingt-quatrième jour à une défervescence complète.

Après 7 jours d'apyrexie et de convalescence, retour de la fièvre en ascension graduelle rapide, réversion de tous les phénomènes caractéristiques, sauf l'éruption qui a manqué, albuminurie de deux jours de durée, au neuvième jour défervescence par lyris.

La malade a donc eu en une année deux atteintes, séparées l'une de l'autre par un intervalle de six mois environ. En effet :

Défervescence finale de la première atteinte le 4 avril, début de la seconde le 26 septembre, plus une rechute dans la convalescence de sa récursive.

Le diagnostic est nettement établi par les observations de M. le Dr Faisans et de M. le professeur Jaccoud, nous remarquerons aussi la rechute dans la récursive. Quant à la pathogénie, cette observation appartient à ces cas limites où l'on a dû se demander s'il s'agit bien d'une infection nouvelle ?

OBSERVATION XVI (Résumée).

M. le professeur Potain. (*In Bulletin medical* du 13 juillet 1892).

Le malade dont il s'agit est entré une première fois dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Potain, le 11 janvier 1888, au sixième jour d'une fièvre typhoïde type, qui a évolué d'une façon très régulière et s'est terminée le vingt-et-unième jour par l'entrée en convalescence.

Pendant la durée du séjour du malade à l'hôpital, les signes classiques de la dothiéntérie furent constatés et l'éruption propre à la maladie a été particulièrement abondante.

Le malade était resté bien portant, depuis l'époque de sa

sortie de l'hôpital, lorsqu'il y a 18 à 20 jours il fut pris de céphalalgie, de courbature, d'inaptitude au travail qui nécessitèrent sa rentrée à la Charité (1892).

Etat à l'entrée. — Très abattu, très prostré; sa langue était sèche; son ventre ballonné; enfin, il était couvert de taches rosées.

Le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté et en examinant les observations du service, on apprit que le malade avait été soigné dans ces mêmes salles pour une affection identique.

La prostration excessive, la sécheresse de la langue, l'adynamie profonde dans laquelle il se trouvait firent porter un pronostic très réservé et craindre une terminaison fatale. Malheureusement, ces prévisions se confirmèrent en tout point et cet homme succomba au vingtième jour de la maladie.

Les points saillants de cette observation sont l'analogie de forme et la gravité du pronostic de la récurrence, l'éruption de taches rosées dans les deux atteintes est la même, il est loin d'en être de même pour la terminaison.

OBSERVATION XVII (résumée).

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr A. Cochez, professeur suppléant à l'école d'Alger.

Chave Etienne, 25 ans, cuisinier, né à Siguret (Vaucluse).

En Algérie depuis 5 ans.

Récemment marié.

M. le Dr Cochez est appelé pour lui donner ses soins le 15 février 1886. Il constate un début de fièvre typhoïde légitime : céphalalgie, douleurs à la nuque, courbature générale, langue saburrale, ballonnement du ventre, constipation puis diarrhée à l'occasion d'un vomitif. Taches rosées lenticulaires.

Le 18 février. — L'état s'étant aggravé et le malade ne pouvant être soigné chez lui, il entre à l'hôpital de Mustapha dans le service de M. le professeur Gros.

La fièvre typhoïde évolue sans incident notable et Chave sort

complètement guéri le 3 avril 1886 après 44 jours de séjour à l'hôpital.

Quatre ans plus tard, vers le 25 mai 1890, le Dr Cochez est de nouveau appelé auprès de Chave qui est cuisinier à l'Hôtel du Louvre, mais demeure à l'Agha supérieur.

Le malade est au lit, se plaignant de courbature depuis quinze jours environ, de céphalalgie, fièvre, langue saburrale. Amygdales rouges et tuméfiées. Les jours suivants ces symptômes s'accroissent ; mais, dit le Dr Cochez, je ne puis m'arrêter au diagnostic de fièvre typhoïde, *ayant constaté personnellement la première atteinte.*

Pourtant le 31 mai, trouvant l'état du malade très grave, le Dr Cochez le fait entrer à l'hôpital dans le service du professeur Gros auprès duquel il remplissait les fonctions de chef de clinique.

Le jour de l'entrée, la température est à 40°.

Les jours suivants, on trouva des taches rosées lenticulaires et le quinzième jour on constata une exulcération arrondie, rosée, sur le pilier antérieur gauche du voile du palais. Diarrhée. Hypertrophie splénique.

On traite le malade par la méthode de Brand.

Le dixième jour, on ne peut mettre le malade au bain à cause de transpirations profuses et d'étourdissements.

Durée de la maladie 42 jours, avec exacerbation au 37^e jour et apyrexie relative du 26^e au 32^e jour.

Le malade ne se remet pas. Il conserve encore des accès de fièvre irrégulière qui font penser à la tuberculose. Ce n'est que plusieurs mois après qu'il peut reprendre ses occupations.

Depuis cette époque, la santé de Chave est redevenue excellente.

En somme, il y a eu dans ce cas deux atteintes de fièvre typhoïde à 4 ans d'intervalle. La première atteinte a été d'intensité moyenne, la seconde a été sévère et longue, infiniment plus grave que la première. Il faut noter aussi la rechute.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

(Récidive quinze ans après la première atteinte).

Madame X..., rentière, âgée de 35 ans.

A eu la fièvre typhoïde il y a quinze ans c'est-à-dire en 1878.

Le Dr B..., professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger, appelé à donner ses soins à Mme X... à cette époque, aurait, au dire de la famille, porté le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les parents de la malade, interrogés sur la physionomie qu'aurait revêtu cette affection, nous apprennent qu'elle a duré deux mois (sans compter la période de la convalescence). Mme X... aurait eu alors une fièvre intense, continue, des épistaxis, du délire, la langue sèche et « comme rôtie », des fuliginosités sur les gencives, une diarrhée abondante, jaune et fétide.

Après la guérison de cette fièvre typhoïde, Mme X... aurait toujours joui d'une bonne santé.

24 octobre 1893. — La maladie actuelle a débuté il y a quatre jours par une céphalalgie intense, des nausées et des douleurs dans les membres inférieurs. La malade ne peut rester assise dans son lit, elle se plaint de vertiges, de céphalées intenses, de rachialgies et accuse de l'anxiété épigastrique très prononcée. Le pouls est à 120. Elle a de l'insomnie, de la constipation ; la langue est saburrale quoique humide. Température : 38°,5. La malade est très constipée.

25 octobre. — Température rectale : le matin 38°,7 ; le soir 39°,6. Le pouls est toujours à 120. La céphalalgie et la constipation persistent ; mais les douleurs dans les membres inférieurs sont atténuées. Toux légère avec enchiffrement ; mais la respiration s'entend nettement à l'auscultation. La langue est plus saburrale ; la malade a un peu de stupeur.

On porte le diagnostic de grippe.

Traitement. — 30 grammes de sulfate de soude. 1 gramme de chlorhydrate de quinine en 2 cachets. Bouillon. Lait.

26 octobre. — A la suite de la purgation, deux selles abon-

dantes, fétides et noirâtres. Subdélirium pendant une partie de la nuit.

Température rectale le matin : $39^{\circ},1$; le soir : $39^{\circ},5$.

27 octobre. — Le pouls est à 104.

Température rectale, le matin : $38^{\circ},8$; le soir : $39^{\circ},2$.

28 octobre. — Persistance des mêmes symptômes.

Température rectale, le matin : 39° ; le soir : $39^{\circ},5$.

29 octobre. — La constipation persiste ; le délire est plus intense, la langue sèche, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre est légèrement douloureux du côté droit. Pouls à 120.

Température rectale : le matin : $39^{\circ},3$; le soir : 40° .

30 octobre. — Délire très intense, la langue est plus sèche, comme rôtie. On remarque des fuliginosités sur les dents ; la fosse iliaque droite est douloureuse ; il y a un peu de météorisme du ventre ; quelques taches rosées apparaissent sur l'abdomen.

Le pouls est à 124.

Température rectale le matin : $39^{\circ},8$; le soir : $40^{\circ},2$.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde et on prescrit des bains froids.

31 octobre. — A la constipation succède une diarrhée intense, selles fréquentes et nombreuses (15 par jour), jaunâtres et fétides. Le ventre est toujours météorisé : le délire sans être intense et violent est presque continu. La langue, quoique moins sèche, est toujours sèche. La malade est dans le décubitus dorsal, la rate est hypertrophiée.

Bains froids toutes les trois heures.

A la sortie du bain on administre quelques cuillerées à bouche d'une potion tonique avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

La malade défend sa température contre les bains qui n'amènent qu'un abaissement d'un demi degré ; une heure après le bain la température est la même qu'avant le bain.

Le pouls est à 124.

Températures :

7 heures du matin. — Avant le bain : $39^{\circ},2$. — Après le bain : $38^{\circ},8$.

10 heures du matin. — Avant le bain : 39°,4. — Après le bain : 38°,7.

1 heure de l'après-midi. — Avant le bain : 40°. — Après le bain : 39°,7.

7 heures du soir. — Avant le bain : 40°,3. — Après le bain : 39°,7.

Minuit. — Avant le bain : 39°,9. — Après le bain : 39°,6.

1^{er} novembre. — Le délire est moins intense, la diarrhée toujours persistante (15 à 16 selles par 24 heures). Les taches rosées sont discrètes ; mais très nettes, larges et s'effaçant sous le doigt. Pas de congestion pulmonaire ; mais en revanche râles de bronchite nombreux et expectoration abondante et spumeuse.

Les urines qui étaient rouges depuis 3 jours et sans albumine, montrent aujourd'hui au réactif un anneau albumineux.

Le pouls est à 132.

Température rectale le matin : 38°,9 ; le soir : 39°,4.

Jusqu'au 15 novembre les mêmes symptômes persistent avec du délire continu et les mêmes abaissements de température après les bains.

La température moyenne est de 39°,7 le matin et de 40°,3 le soir.

Le pouls est dicrote et mou ; il est à 100.

Le nombre des selles diminue (en moyenne 7 par jour).

Du 15 au 25 novembre. — Stade amphibole avec aggravation des symptômes généraux : délire très intense, fièvre irrégulière. Le 20 novembre l'impulsion cardiaque est tellement affaiblie, le pouls étant à 180, que tout en continuant les bains froids on applique de la glace sur la région précordiale.

Les urines sont chargées d'urates et ne contiennent plus d'albumine. On prescrit deux lavements froids par jour.

Températures :

15 novembre. — Matin : 39°,9. — Soir : 40°.

16 — — 40°,8. — 39°.

17 — — 38°,8. — 39°,5.

18 — — 39°,8. — 39°,5.

19 — — 39°,9. — 40°,2.

20 novembre.	—	Matin : 39°,6.	—	Soir : 41°.
21	—	39°,5.	—	39°,2.
22	—	39°,6.	—	39°,8.
23	—	39°,9.	—	39°,4.
24	—	39°.	—	38°,8.
25	—	38°,8.	—	39°.

25 novembre. — La malade a des crises urinaires : la diarrhée n'a été que de six selles par jour. La stupeur est moins grande ; la langue est humide et moins rouge.

26 novembre. — Il n'y a presque plus de délire ; quatre selles par jour.

Température : 38°,8, le matin et 39°, 2 le soir. Le pouls est à 110.

La malade ne tousse plus et n'a plus de râles dans la poitrine.

Après le bain, abaissement de 1°, qui persiste pendant une heure.

27 novembre. — Le pouls est à 100. Température le matin : 38°,5 et le soir 39°.

28 novembre. — Les selles sont presque moulées (4 par jour).

Pouls à 100. La température est à 38°,2 le matin et à 38°, 5 le soir.

29 et 30 novembre. — La température est à 38° le matin et 38°,2, le soir.

Le pouls est à 94. L'état général est satisfaisant : la langue est complètement nettoyée.

Du 1^{er} au 4 décembre. — Température normale, 36°,5 le matin et 37° le soir.

Le 5 décembre. — La malade tousse, la respiration est un peu obscure aux bases. Vers quatre heures du soir, elle est prise de frissonnements, et la température qui était de 37°,2 le matin à sept heures est de 39°,8 après les frissons, c'est-à-dire vers 5 heures du soir.

6 décembre. — Quintes de toux. Le matin rien à l'auscultation, la température est normale le matin et le soir.

7 décembre. — Même température. Quintes de toux le matin.

8 décembre. — 38°,9 le matin, la malade a mal dormi, elle a toussé une partie de la nuit ; elle a de la céphalalgie et des nausées. A l'auscultation : signes de congestion aux deux bases, râles sous-crépitaux très discrets ; matité légère avec un peu d'exagération des vibrations. Le soir : 39° ; pouls : 100.

9 décembre. — Persistance des mêmes signes avec la stupeur ; la langue et le pharynx sont rouges. Température du matin : 38°,5 ; le soir : 39°,2 ; le pouls : 94.

10 décembre. — La malade a de la diarrhée (5 selles dans la nuit), la stupeur augmente et le ventre est douloureux.

Nous pensons à une rechute et on recommence les bains froids qu'on avait cessé depuis le 1^{er} décembre.

La congestion pulmonaire semble s'amender. Température du matin : 38°,2 ; le soir : 39°,7.

11 décembre. — Délire la nuit précédente ; la langue est sèche, diarrhée abondante (huit selles par jour). Des taches rosées comme dans la première attaque se montrent sur les flancs.

Le pouls est dicrote à 124.

Jusqu'au 18 décembre, les mêmes symptômes persistent avec des températures de 39°,5 et le soir 40°. Le pouls est à 136 pendant les 13, 14 et 15 décembre. Il y a de l'albumine dans les urines.

Le 16. — La diarrhée a diminué, les urines s'éclaircissent, crises urinaires. Le délire disparaît le 17 décembre.

Le 18 décembre. — Température du matin : 38°,8 ; le soir : 39° ; pouls : 110. Langue humide, toujours saburrale.

Température du 19 au 22 décembre :

19 décembre. — 37°,9 le matin ; 38°,8 le soir.

20 décembre. — 37°,5 le matin ; 38°,5 le soir.

21 décembre. — 37°,5 le matin ; 38°,2 le soir.

22 décembre. — 37° le matin ; 37°,5 le soir. La diarrhée a presque disparu (3 selles moulées par jour). La langue humide se nettoie.

25 décembre. — La malade entre en pleine convalescence et

le 10 janvier elle peut se lever, les forces reviennent rapidement.

La malade a pris 98 bains froids.

Notre observation présente certaines particularités que nous ne voulons pas laisser échapper ; nous devons mentionner : la longueur de la période intercalaire, 15 ans, la gravité de la seconde atteinte (menace de collapsus), et la rechute. L'étiologie directe de cette deuxième fièvre typhoïde n'a pu être établie, mais depuis un mois il régnait une épidémie de dothiéntérie dans la localité où se trouvait notre malade.

CHAPITRE IV

Pathogénie

La question de la pathogénie de la récurrence dans la fièvre typhoïde présente un point obscur, c'est celui qui a trait à la limite qu'il faudrait donner pour qu'une nouvelle infection se produisît.

Ce qui se rapporte à la rechute et à la réitération, après les définitions que nous en avons données est complètement jugé; alors que les plaques de Peyer sont encore sous le coup du processus infectieux; sous l'influence d'une cause quelconque, écart de régime, complication, la maladie recommence c'est la rechute.

Dans la réitération le malade, en apparence guéri, après une période d'apyrexie, refait une fièvre typhoïde, l'organisme étant débilité par une attaque antérieure et prédisposé à la réapparition de l'infection typhique qui n'est pas encore éteinte.

D'autre part dans la récurrence qui survient chez un malade plusieurs années après sa première atteinte il ne saurait être question de la même infection puisqu'on a vu des récurrences survenir trente ans après la première atteinte. Et dans le *Dictionnaire des sciences médicales* Arnould et Lemoine à propos de la rechute et de la récurrence s'expriment ainsi « Plus exactement on peut dire que la rechute correspond à une nouvelle poussée infectieuse;

quand elle se montre c'est qu'il s'est produit chez le typhique le phénomène que l'on observe souvent au cours des maladies infectieuses; les bacilles pathogènes que l'on pouvait croire complètement éliminés ont persisté à l'état *latent* en un point ignoré et ce foyer à demi enkysté est devenu, sous l'influence de circonstances favorables, le point de départ de nouvelles colonies qui envahissent tissus et organes. L'état de faiblesse dans lequel se trouve le convalescent et peut-être aussi une activité particulière du virus favorisent cette repullulation.

Au contraire une *récidive* est une seconde fièvre typhoïde se produisant après un retour complet à la santé, très longtemps parfois après la fin de la première fièvre typhoïde. *Il semble qu'elle soit le résultat d'une nouvelle infection* due à l'insertion sur l'organisme de germes venus du dehors; nous croyons cependant qu'il n'est pas impossible qu'elle reconnaisse la même origine que la rechute; la persistance d'un *foyer local à l'état latent*. On sait qu'une tuberculose que l'on croit guérie peut persister ainsi sous forme de tuberculose locale ignorée (ganglion bronchique ou mésentérique, etc.), qui après plusieurs années devient l'origine d'une autre réinfection. La même chose peut sans doute se produire pour la dothiénentérie. Il n'y aurait alors pas lieu de discuter sur la signification des termes rechute et récidive. Il va sans dire que nous *refusons cette interprétation* aux cas très rares où la fièvre typhoïde reparaît au cours d'une épidémie nouvelle chez un sujet qui en a déjà été atteint *plusieurs années auparavant* ».

Si on consulte le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*

gie pratiques, voici ce qu'on y trouve : « Il faut néanmoins savoir qu'entre ces différents ordres de faits, la *limite* ne saurait être *absolument rigoureuse*. En effet, certaines recrudescences tout à fait tardives reproduisent très complètement la maladie entière et constituent de vraies rechutes anticipées ou subintrantes qui empiètent sur la maladie première, sans intervalle apyrétique.

D'autre part, à une certaine date, après 6 ou 8 semaines, par exemple, on ne sait s'il faut parler de rechute ou de récurrence. S'il était démontré que toujours les rechutes dépendent de l'*infection primaire* et les *récidives* d'une *infection nouvelle*, la pathogénie établirait entre les uns et les autres une différence profonde, mais il faut le reconnaître, toute théorique et sans application pratique dans la plupart des cas ; elle ne ferait que rapprocher les rechutes et les recrudescences. Ces réserves faites, il y a lieu de conserver entre les trois termes une distinction fondamentale qui s'accorde avec la majorité des cas (Homolle). »

Des définitions qui précèdent, il résulte, comme nous l'avons dit plus haut, qu'on ne saurait rigoureusement assigner un laps de temps déterminé pour pouvoir affirmer qu'il s'agit de réitération ou de récurrence ; mais quand la maladie recommence au bout de plusieurs années comment expliquer cette récurrence sinon par une infection nouvelle ?

Il est certain que, par exemple, dans une fièvre typhoïde que l'on voit recommencer au bout de 5 ou 6 mois après la guérison de première atteinte, on peut accuser les germes de la première infection comme les

agents directs de la deuxième manifestation, surtout, si comme dans le cas de Perrin rapporté par Romizowski-Devoucoux on trouve à l'autopsie, d'une part, des lésions récentes ulcérées, d'autre part, des lésions anciennes complètement cicatrisées, aussi, mais encore légèrement tuméfiées; tuméfaction qui indique que le processus infectieux n'est pas encore terminé.

« Ces plaques sont au nombre de 10 environ. Les « bords sont légèrement saillants tout en se continuant « cependant avec le tissu de nouvelle formation qui « tapisse le fond déprimé de ces plaques; ce fond est « blanchâtre, mamelonné » (Perrin).

Nous n'avons en vue dans notre chapitre que les récidives véritables, celles qui surviennent plusieurs années après la guérison et qui semblent résulter d'une nouvelle infection. Parmi les observations de récurrence que nous rapportons, celle de M. le professeur Jaccoud pourrait entrer dans le cas des récidives, qui n'auraient pas accompli le temps limite nécessaire pour qu'une nouvelle imprégnation des germes se produisît. C'est à l'anatomie pathologique et à la bactériologie qu'il appartiendra de bien fixer cette notion pathogénique encore obscure. On peut en augurer par les beaux travaux de MM. Chantemesse et Widal.

CHAPITRE V

Etiologie de la récurrence de la fièvre typhoïde.

Le chapitre qui a trait à l'étiologie de la récurrence de la fièvre typhoïde sera nécessairement le complément du chapitre relatif à la pathogénie. En effet, dans les observations que nous rapportons, du moins pour une grande partie d'entre elles, les notions étiologiques sont nettement établies. C'est habituellement en temps d'épidémie par contagion directe ; eau de boisson (épidémie de Pierrefonds), par l'air atmosphérique (Oddo Betz, Deshayes), contagion directe, par d'autres typhiques (cas de Deshayes, de Mason), favorisée par les causes secondes (surmenage, débilitation antérieure).

En un mot l'étiologie de la récurrence n'est autre que l'étiologie de la fièvre typhoïde et cela serait une preuve de plus en faveur de cette notion pathogénique, que la deuxième atteinte ou récurrence est le résultat d'une *nouvelle infection* par les bacilles typhiques.

Comment expliquer dans le cas de Deshayes par exemple (Ols. IX), l'étiologie autrement que par la contagion et par suite pourquoi cette fièvre typhoïde aurait-elle pour origine les germes de la première atteinte de dothiéntérie ?

La définition de récurrence que nous adoptons répond bien à ces notions pathogéniques et étiologiques.

Sexe. — Le sexe masculin serait plus prédisposé à la récurrence, si on s'en rapporte à la statistique d'Eichorst, on trouve que sur 666 cas observés à la Clinique de Zurich pendant les années 1884, 1885 et 1886 il y aurait eu sur 378 hommes atteints de dothiéntérie 18 récurrences, tandis que sur 278 femmes typhiques 10 seulement auraient eu la dothiéntérie pour la seconde fois.

Age. — Le rôle de l'âge serait plus réel d'après les tableaux d'Eichorst, c'est de 30 à 35 ans et de 10 à 14 ans que la récurrence serait le plus fréquemment observée.

Forme. — Tous les auteurs font remarquer l'analogie de forme des deux atteintes et l'observation rapportée par Eichorst (Obs. XI de notre mémoire) rend bien compte de cette analogie. A la lecture des observations on verra aussi certaines particularités relatives à l'analogie de forme.

De l'analogie de forme il ne faudrait pas préjuger de l'analogie de durée et de pronostic. La durée de la récurrence n'est souvent pas la même et le pronostic est loin d'être toujours moins grave que celui de la première atteinte.

Nombre. — Eichorst rapporte que le Dr Müller de Zurich aurait eu quatre fois la fièvre typhoïde à plusieurs années d'intervalle; le cas qu'il relate dans son mémoire (Obs. XI) est un exemple de récurrence. Lorenz cité par Potain et Jaccoud signale aussi une récurrence double.

Intervalle. — L'intervalle qui sépare les deux atteintes varie pour Eichorst de 3 mois à 30 ans. Dans l'épidémie de Pierrefonds nous avons vu qu'il y avait dans un cas 39 ans comme période intercalaire.

D'après Eichorst la durée de la récidive serait plus grande chez la femme.

L'intervalle le plus fréquemment observé serait de deux années.

Fréquence des récidives. — Comme nous l'avons vu, une certaine confusion règne à propos du terme récidive dans la terminologie étrangère ; il est très difficile de faire la part de la véritable récidive d'avec celle de la rechute et de la réitération. Lindwurn donne comme fréquence 1,1 pour 100, Goth 1,94 pour 100, Eichorst 4,2 pour 100, Mayer 23 pour 100, M. le professeur Jaccoud estime comme moyenne de 2,5 à 3 pour 100.

CHAPITRE VI

Discussion diagnostique.

Au moment d'une épidémie de fièvre typhoïde, ou bien sans cause manifeste, un malade présente les symptômes de la fièvre typhoïde; tout en tenant compte de ce qu'une première atteinte peut conférer l'immunité pour les atteintes ultérieures il ne faut pas rejeter le diagnostic de dothiéntérie. D'autre part, pour être bien certain qu'il s'agit d'une récurrence il faut faire le diagnostic rétrospectif de la première atteinte. Si le même médecin a observé les deux atteintes, s'il possède les courbes thermiques, si de plus il a suivi le malade pendant la période intercalaire, il n'y a presque plus de doute possible; il s'agit bien d'une récurrence. Dans d'autres cas, à cause de la longueur de la période intercalaire, on n'a que des renseignements vagues; alors il faudra se baser sur certains caractères de la maladie: la fièvre, le délire, la sécheresse de la langue, la diarrhée, le ballonnement du ventre, les hémorrhagies intestinales. Mais on sait combien d'affections revêtent dans leurs symptômes l'image de la fièvre typhoïde. Le diagnostic de la première atteinte fait, il faudra établir celui de la deuxième atteinte et alors on est obligé de différencier l'ensemble des symptômes que l'on a sous les yeux avec toutes les affections qui pourraient donner le change.

Une des maladies infectieuses que l'on peut confondre souvent avec la fièvre typhoïde, surtout dans la question qui nous occupe, est sûrement la tuberculose, du moins dans certaines de ses modalités cliniques. M. le professeur Landouzy dans une importante leçon publiée dans la *Semaine médicale* du 3 juin 1891 et intitulée: *De la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde typho-bacillose* écrit des lignes remarquables qui nous intéressent particulièrement, nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire :

« Je vous l'ai déjà dit, méfiez-vous de ces *récidivistes* de
« dothiésentérie, non pas que je veuille prétendre qu'on
« n'ait pas vu la fièvre éberthienne s'attaquer par deux fois
« au même individu ; pour *possible* que soit la récidue,
« tenez-la pour *rare*, et n'acceptez qu'à bon escient le dia-
« gnostic d'une double dothiésentérie chez le même sujet.
« En pareille occurrence, la bacillose de Koch ne conférant
« aucune immunité, vous avez le droit de vous demander
« s'il ne s'agit pas dans l'espèce, soit de deux fièvres préty-
« phoïdes, soit d'une fièvre éberthienne précédant ou
« suivant une infection tuberculeuse dont le malade
« aurait guéri. »

Ceci montre bien, comme le dit M. Landouzy, combien il faut être réservé sur la légitimité de la fièvre typhoïde dans le diagnostic rétrospectif de la première atteinte.

M. Landouzy base son diagnostic sur plusieurs signes.

« a) Les oscillations thermiques sont plus considérables
« que dans la fièvre typhoïde, elles sont assez considérables,
« assez irrégulières d'un jour à l'autre ou d'une semaine à
« l'autre pour que la lecture des tracés que j'ai mis sous

« vos yeux ne vous ait invités à songer à autre chose
« qu'une dothiéntérie.

« b). Les dissociations du pouls et de la température sont
« un fait presque normal, le pouls est à égalité de tempé-
« rature plus élevé dans la typho-bacillose que dans la
« fièvre typhoïde; il reste dans son élévation sans paral-
« lélisme avec la température.

« c). *Les taches rosées lenticulaires manquent*, leur
« absence est tellement la règle, que de parti pris, je tiens
« pour suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans
« laquelle a manqué l'exanthème.

« d). Pas ou à peine de catarrhe (que vous savez-
« constant avec des sièges et des degrés divers dans
« la dothiéntérie), pharyngé, laryngé, trachéal, bron-
« chique ou intestinal.

« e). Dans le même ordre d'idées l'apparition de l'albu-
« mine dans les urines même à un faible taux est un
« fait exceptionnel.

« f). L'administration de la quinine même à haute dose
« n'influence pas la température. Il y a dans ce fait une
« remarque qui n'est pas sans importance, puisque vous
« m'entendez souvent répéter que la quinine est un des
« meilleurs médicaments de la fièvre typhoïde. Dans la
« dothiéntérie le sulfate de quinine abaisse la tempéra-
« ture et c'est un bon signe diagnostique pronostique.

« g) Si la quinine ne mord pas sur les fièvres bacillaires
« prétuberculeuses, il en est tout autrement de l'antipyrine
« aussi trouve-t-on dans l'emploi de ce médicament un
« agent thérapeutique; mais encore un élément de dia-
« gnostic ajouté à ceux que j'énumère plus haut.

M. le professeur Potain, dans une de ses leçons, donne à propos de la tuberculose aiguë à forme typhoïde un certain nombre de signes qui la différencient de la dothiéntérie. La marche de la température offre certaines particularités : tandis que dans la dothiéntérie la période d'ascension se fait par grandes oscillations, en escalier, oscillations de 1 degré à 1 degré et demi, c'est-à-dire que la température monte le soir pour retomber le matin ; dans la tuberculose cette marche se fait du matin au soir et du soir au matin, quelquefois la chute est brusque.

A la période d'état, tandis que les oscillations de la fièvre typhoïde sont très peu marquées celles de la tuberculose aiguë sont irrégulières, très accentuées.

A l'auscultation des poumons ce qui caractérise la bacillose aiguë, c'est la mobilité et la dissémination des signes. D'autre part, l'absence de signes dans la poitrine doit faire penser à la tuberculose.

L'absence de taches rosées n'est pas un signe absolu d'une part, chez certains typhiques les taches rosées tardent à apparaître et Jaccoud aurait rapporté des cas de taches rosées dans la tuberculose aiguë.

Il peut y avoir aussi association des deux infections et il est dans ces cas difficile de faire la part qui revient à la bacillose et à la dothiéntérie. Il est certain que quand on trouve le bacille de Koch dans les crachats le diagnostic est nettement établi.

Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic différentiel de la dothiéntérie avec toutes les maladies qui revêtent un aspect typhoïde ; si nous avons parlé de la tuber-

culose c'est que cette infection, du moins dans certaines de ses modalités cliniques, se rapproche beaucoup de la dothiéntérie ; ensuite ce diagnostic était nécessaire puisque les formes typhoïdes de la tuberculose peuvent guérir et reparaitre ensuite, ce qui peut donner le change pour des récives de dothiéntérie ; mais dans la bacilliose la pathogénie de cette récive est nettement établie, ce sont les mêmes bacilles tuberculeux qui endormis dans l'organisme se réveillent à plusieurs reprises.

Pronostic. — Beaucoup d'auteurs ont prétendu que la deuxième atteinte de fièvre typhoïde était bénigne et encore c'était l'opinion formulée dans les deux thèses récentes de Romizowski Devoucoux et de Sallbert. Eichorst conclut qu'il n'y a rien de fixe, la deuxième atteinte peut même être très grave et si l'on basait son pronostic sur la mortalité dans la récive on serait loin d'admettre la bénignité de la seconde atteinte. D'après le professeur de Zurich, cette mortalité serait plus élevée que dans les cas de fièvre typhoïde en général ; tandis que sur 666 cas le dothiéntérie on a 10, 2 0/0 de mortalité ; dans la récive sur 28 cas le chiffre pour cent est de 40, 7. Eichorst a remarqué aussi que les complications sont fréquentes à la suite des récives, les femmes y sont plus sujettes ; mais chez l'homme ces complications sont plus graves. Sur 18 hommes faisant une récive 11 ont eu des complications, 7 sont restés indemnes et 3 sont morts. Parmi les femmes atteintes pour une seconde fois de fièvre typhoïde sur 10, 2 seulement n'ont pas fait de complications. Sur les 8 autres il n'y a pas eu de décès.

La néphrite aiguë et chronique est la complication que

l'on observe le plus souvent ensuite viennent les hémorrhagies intestinales.

Rechutes et réitérations dans la récurrence. — Tous les auteurs qui rapportent des cas de récurrence signalent la fréquence des rechutes dans la récurrence de la fièvre typhoïde. On peut du reste s'en convaincre en lisant les observations rapportées par Eichorst, Moore, Mason, Potain, Jaccoud, Hugues et Lévy, Cochez, et celle rapportée par nous.

Quant à la fréquence des réitérations, nous n'avons aucune donnée statistique; mais on peut avancer sans crainte que ces réitérations doivent s'observer.

La récurrence de la fièvre typhoïde est une nouvelle dothiéntérie, pourquoi cette dothiéntérie différerait-elle des autres?

Ce fait de la fréquence des rechutes et des réitérations dans la fièvre typhoïde doit nous arrêter au point de vue du pronostic général de la récurrence.

Traitement. — Il nous resterait à parler du traitement de la récurrence, ce traitement n'a rien de spécial dans la deuxième atteinte.

Les indications thérapeutiques seront fournies par l'état du malade; et jusqu'à présent on sait que le traitement par les bains froids est le traitement par excellence à cause des réponses qu'il fait aux indications que réclament tous les états typhoïdes.

CONCLUSIONS

1° On doit entendre par récurrence véritable, cette deuxième atteinte de la dothiéntérie survenant après un temps plus ou moins long de parfaite santé qui a suivi la première atteinte : habituellement plusieurs années après ; l'intervalle peut varier de 1 an à 30 ans. La récurrence, sans être très fréquente, est moins rare qu'on ne le pensait il y a quelque temps ;

2° On sait que la fièvre typhoïde confère l'immunité pour les atteintes ultérieures ; mais il ne faut pas pour cela rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde, quand, surtout en temps d'épidémie, on se trouve en présence d'un sujet qui a eu une première atteinte de dothiéntérie et qui en présente de nouveau les symptômes ;

3° L'existence de ces récurrences est nettement prouvée ; mais il ne faut les admettre que sous un contrôle sévère ;

4° La récurrence résulte d'une infection nouvelle chez un individu qui a déjà été atteint une première fois ;

5° L'étiologie de la récurrence est l'étiologie banale de la fièvre typhoïde. C'est habituellement en temps d'épidémie par contagion directe, favorisée par les causes secondes qu'on observe la récurrence de fièvre typhoïde ;

6° Dans la majorité des cas, la forme de la deuxième atteinte se rapproche beaucoup de celle de la première ;

7° Le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur la fré-

quence de la récidence; l'âge aurait une influence plus marquée; en effet c'est de 30 à 35 ans et de 10 à 14 ans que les récidives seraient plus fréquentes;

8° Contrairement aux assertions de certains auteurs (Romizowski-Devoucoux, Sallebert, etc.), le pronostic de la récidence, si nous nous en rapportons aux observations de Potain, Eichorst et les nôtres, le pronostic serait plus sévère. La période intercalaire n'aurait aucune influence; mais le sexe en a une très marquée jusqu'à plus ample informé. Ce pronostic serait plus grave chez l'homme que chez la femme avec cette remarque, toutefois, que chez cette dernière les complications seraient plus fréquentes;

9° La rechute dans la récidence, si on s'en rapporte aux observations de Jaccoud, Eichorst, Cochez, Mason, Moore, et à la nôtre, serait notablement fréquente;

10° La fièvre typhoïde récidence habituellement une fois, cependant cette récidence peut être double (cas d'Eichorst) et même triple (cas cité par Eichorst);

11° La durée de la récidence, ainsi que la période intercalaire des deux atteintes, seraient plus longues chez la femme;

12° Le traitement de la récidence ne comporte aucune indication spéciale.

Vu : le Président de thèse,
POTAIN.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1839. TAUPIN. — Journal des connaissances médico-chirurgicales.
1841. RILLIET ET BARTHEZ. — *Id.* et Traité des Malad. de l'Enf.
1850. PIEDVACHE. — Bullet. Acad. Méd.
1865. MONNERET. — Pathologie générale.
1866. MABBOUX. — Thèse de Strasbourg.
1869. MICHEL. — Union médicale.
- » JACCOUD. — Path. Ins.
- » Bullet. Soc. Méd. Hôp. (10 décembre).
1876. GUYARD. — Thèse de Paris. Perrin. Thèse de Paris, 1877.
1877. GRIESENGER. — Traité des Malad. Infect. traduct. Lemaître. Paris, 1877.
1878. BUCQUOY. — France médicale.
- » MURCHISON. — De la fièvre typhoïde.
- » ALONZO CLARKE. — New-York Medical Record.
1881. J. SIMON. Progrès Médical.
1882. BATTLE. — Gazette hebdomadaire de Montpellier.
- » CADET DE GASSICOURT. — Maladies des Enfants (Tome II).
1882. HOMOLLE. — Revue générale (Rev. des Sc. Méd.).
1883. HUTINEL. — Thèse d'agrégation.
1884. GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale.
1885. ROMIZOWSKI DEVOUCOUX. — Thèse de Paris.
1886. CONGRÈS DE NANCY. — Deshayes (de Rouen).

1887. BROUARDEL. — Epidémie de Pierrefonds.
» SALLEBERT. — Thèse de Bordeaux.
— CHANTEMESSE ET WIDAL. — (Annales de l'Institut Pasteur).
1888. *id* (Arch. de Physiologie).
» LECUYER (de Beaurieux). — Soc. méd. pratiqu., 22 fév.
» STRUMPELL. — Traité de Path. Int. traduct. Schromme, 1888.
» EICHORST. — Arch. für. Path. Anat. Klinik., n. 111.
1889. DESHAYES (de Rouen). — Gaz. hebd. méd. et chir., 13 septembre.
1890. GEISSLER. — Schmidt's Jahrbucher. Tome 228.
1891. LANDOUZY. — Semaine médicale, 3 juin.
1892. POTAIN. — Bulletin médical, 27 juillet.
» MOORE (de Dublin). — Journal of medical science de Dublin.
1893. ROETHER. — Schmidt's Jahrbucher. Tome 229.
» PEPPER. — The American text-book of theorie und practise.
» TROUSSEAU. — Clinique médicale.
» CHOMEL. — Traité de path. générale.
» BOUCHUT. — Traité de path. générale.
» GRISOLLE. — Path. int.
» LIEBERMEISTER. — Path. int. Trad. Guiraud, 1887.
» WILLIAM-BUDD. — Rapporté par Murchison.
» BARLETT. — Rapporté par Murchison.
» C. ELLERY STODMANN. — Cité par Mason.
» ODDO BETZ (de Tübingue). — Rapporté par Bason.
» ZULZER. — Realencyclopédie. Bd. II, auf. II.
» GOTH. (Die typhus besvegung...) cité par Eichorst.
» QUINKE. — Cité par Eichorst.
» Dictionnaire encycl. des sc. médicales (Dechambre).
» Dictionnaire de méd. et de chir pratiqu. (Jaccoud).
» DIEULAFOY. — Manuel de pathologie.

- » LAVERAN ET TEISSIER. — Path. int.
- 1894. JACCOUD. — Bullet. médical, 17 janvier.
- » MASON. — The Boston medical and surgical. Journal 22 fév.
- » CHANTEMESSE. — In traité de médecine.
- » GASSER. — Causes de la fièvre typhoïde (Bibl. med. Charcot. Debove).

